

Forma de Verificación de Embarazo

Información de la Solicitante:

Nombre de la mujer embarazada _____

Fecha de nacimiento de la mujer embarazada _____

Dirección de la mujer embarazada _____

Ciudad, Estado, Código postal _____

Verificación del Embarazo:

Yo certifico que la persona arriba mencionada está embarazada y que la información siguiente es verdadera y correcta:

Fecha Estimada de Concepción (FEC) *Si lo sabe* _____

Fecha Estimada del parto (FEP) _____

El Número de Fetos *Si lo sabe* _____

Escriba el Nombre del Doctor /Proveedor Médico _____

Firma del Doctor / Proveedor Medico _____

Fecha _____

El Número de Teléfono del Doctor/ Proveedor Médico (____) ____ - _____

Si está embarazada y sin seguro médico o su seguro médico no cubre embarazo, posiblemente usted califique para FAMIS MOM o Medicaid para Mujeres Embarazadas.

El programa de FAMIS MOM y Medicaid para Mujeres Embarazadas de Virginia proporcionan cobertura médica durante el embarazo y por un período de 60 días después de finalizar el embarazo. Hay también un programa especial para mujeres con embarazos de altos riesgo.

La confirmación médica del embarazo es requerida para la elegibilidad para los programas de FAMIS MOM y Medicaid para Mujeres Embarazadas de Virginia. **Proporcione por favor esta forma completa y firmada al solicitar obertura médica para su embarazo.**

Así es cómo Solicita o para obtener más información:

- Puede presentar su solicitud a través de Internet www.famis.org, **o**
- Llamar a FAMIS al 1-866-873-2647, **o**
- Comunicarse con el Departamento de Servicios Sociales de su área.